

THÈSE 322

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Alberto L. MEJIA CASALS

Né le 17 Janvier 1911, à Vega Baja (Porto Rico).

**Etude Statistique
des Affections Cardiaques Congénitales
enregistrées comme telles à la Polyclinique du D^r Laubry
dans le cours de ces dix dernières années (1925-1935)**

Président : M. Robert DEBRÉ, Professeur.

228

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Alberto L. MEJIA CASALS

Né le 17 Janvier 1911, à Vega Baja (Porto Rico).

Etude Statistique des Affections Cardiaques Congénitales enregistrées comme telles à la Policlinique du D^r Laubry dans le cours de ces dix dernières années (1925-1935)

Président : M. Robert DEBRÉ, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1936



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMAND
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOIGNOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES... Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médical
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN... .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

L'ANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX... .. Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BROCCQ.	Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE		CADENAT	
AUBERTIN ...		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
Chabrol.....		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT.....		SCHWARTZ	
DUVOIR		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT .		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
SÉZARY.		LE LORIER...	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY BERT, agrégé	Education physique
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMORIA VENERADA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MI HERMANA SARA

A MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE
Professeur de Bactériologie de la Faculté de Médecine
de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse. Qu'il trouve ici l'as-
surance de notre profonde gra-
titude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAUBRY
Médecin de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a aimablement accueilli
dans son service.*

*Faible témoignage de notre grati-
tude et de notre dévouement.*

•

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER
Médecin assistant de l'Hôpital Broussais

*Ses conseils ont été pour nous le
guide le plus sûr dans la rédaction
de cette thèse. Nos plus vifs
remerciements.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE PARIS

A MON JURY DE THESE

INTRODUCTION

Le but de cette étude est d'établir une statistique aussi fidèle que possible sur les affections cardiaques congénitales.

C'est une étude uniquement clinique et par là nous entendons que nos diagnostics ont été portés dans une consultation externe, d'après des symptômes fonctionnels, des antécédents héréditaires et personnels, l'histoire de la biographie nosologique du sujet, et bien entendu, d'après les signes physiques stéthoscopiques et radiographiques.

La grande majorité de ces malades n'ont pas été hospitalisés, nous ne possédons qu'un nombre infime d'autopsies ; ce n'est donc pas une statistique basée sur une reconstruction d'après autopsie mais bien au contraire d'après les données cliniques uniquement.

Nous avons divisé ce travail en un certain nombre de groupes qui sont les suivants :

1. Groupe des Rétrécissements Pulmonaires.
2. Groupe des Maladies de Roger.
3. Groupe des Persistance du Canal Artériel.
4. Groupe des Rétrécissements de l'Isthme de l'Aorte.
5. Groupe des Rétrécissements Aortiques Orificiels

6. Groupe des Cyanoses Caractérisées.
7. Groupe des Situs Inversus.
8. Groupe des Malformations Valvulaires.
9. Groupe des Malformations Associées.
10. Groupe des Cas Douteux.

Chaque groupe porte donc un nom consacré par l'usage et qui précise des lésions anatomiques, mais qui pour nous ne signifie que des probabilités et des interprétations cliniques. D'ailleurs dans les pages suivantes nous allons indiquer sur quelle base clinique nous établissons cette classification et nos diagnostics.

D'après les notions admises, nous avons classé nos observations en nous inspirant des signes physiques et fonctionnels constatés chez nos malades.

Chaque groupe sera précédé d'un court aperçu dans lequel nous exposerons, très brièvement les symptômes fonctionnels, les signes cliniques et radiologiques qui les caractérisent.

Nous ferons remarquer dès à présent que les observations du dernier groupe ne seront pas tenues en considération au point de vue statistique.

Nous désirons exprimer ici notre vive reconnaissance à M. le Docteur Laubry, qui nous a autorisé à consulter ses dossiers de la polyclinique de l'Hôpital Broussais, et nous remercions de tout cœur M. le Docteur Routier qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans sa préparation.

Nous avons été amené à employer un certain nombre d'abréviations pour rendre ce travail moins long. Le lecteur trouvera ci-dessous ces abréviations et leur signification, classées par ordre alphabétique.

A. P. — Artères pulmonaires.

A. P. G. — Artère pulmonaire gauche.

A. P. D. — Artère pulmonaire droite.

A. P. N. — Artères pulmonaires normales.

A. M. — Arc moyen.

A. M. N. — Arc moyen normal.

Aug. V. — Augmenté de volume.

a. x. — Appendice xyphoïde.

b. e. g. — Bon état général.

C. — Cyanose.

C. N. — Cœur normal.

C. Aug. V. — Cœur augmenté de volume.

e. i. g. — Espace intercostal gauche.

e. i. d. — Espace intercostal droit.

F. — Frémissement.

F. S. — Frémissement systolique.

F. D. — Frémissement diastolique.

Fe. — Femme.

G. — Gros ou grosse.

H. — Homme.

Hipp. — Hippocratisme.

irr. — Irradiant.

I. A. — Insuffisance aortique.

m. e. g. — Mauvais état général.

- M. R. — Maladie de Roger.
N. — Normal.
O. A. D. — Oblique antérieure droite.
O. A. G. — Oblique antérieure gauche.
O. G. — Oreillette gauche.
O. D. — Oreillette droite.
Obs. N°. — Observation numéro.
p. i. — Partie interne.
P. D. de C. — Premier diagnostic de cardiopathie.
P. C. A. — Persistance du Canal Artériel.
R. P. — Rétrécissement Pulmonaire.
R. A. — Rétrécissement Aortique.
R. I. A. — Rétrécissement de l'Isthme Aortique.
R. A. A. — Rhumatisme articulaire aigu.
S. — Souffle.
S. S. — Souffle systolique.
S. D. — Souffle diastolique.
S. C. R. S. — Souffle continue à renforcement systolique.
Scopie. — Radioscopie.
T. A. — Tension artérielle.
T. F. — Troubles fonctionnels.
V. G. — Ventricule gauche.
V. D. — Ventricule droit.

I. — GROUPE DES RETRECISSEMENTS PULMONAIRES

Nous groupons sous cette appellation les images caractérisées par un souffle systolique, ayant son maximum au deuxième espace intercostal gauche, et irradiant soit vers la clavicule gauche sans toutefois l'atteindre, soit vers le bas et le dos, et en général un frémissement systolique au même niveau; avec cyanose légère fréquente et signes fonctionnels plus ou moins prononcés. A l'examen radiologique par des anomalies portant notamment sur l'arc moyen et les ombres hilaires.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 482. — H. 36 mois. Dyspnée et C. intense sans Hipp. depuis la naissance. P. D. de C. à 5 mois. Thorax en carène. Au cœur, G. S. S. et F. S. au 2° e. i. g. Scopie, C. N., A. M. non saillant, A. P. D. anormalement visible. — R. P.

Obs. n° 126. — H. 16 ans. Dyspnée avec C. légère, pas d'Hipp. P. D. de C. à 14 ans. Aucun antécédent. Au cœur, S. S. et F. S. au 3° e. i. g. T. A. 12/8. Scopie, C. N. — R. P.

Obs. n° 1094. — H. 16 ans. Dyspnée légère, C. et Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C à 16 ans. Au cœur, S.S. et F.S.

p.i. 3° e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 13/9. Scopie, C.N., Pédicule normal. R.P.

Obs. n° 1179L. — H. 20 ans. Palpitations et Dyspnée. C. et Hipp. léger. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 2° e.i.g. T. A. 12/8. Scopie, Saillie de A.P., A.M. saillant et convexe, Gros V.D. — R.P.

Obs. n° 715L. — Fe. 16 ans. Dyspnée depuis enfance sans cyanose ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. au 2° e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 14/10. Scopei, A.M. allongé, saillant en position oblique. — R.P.

Obs. n° 956L. — H. 19 ans. Dyspnée et palpitations sans C. ni Hipp. P.D. de C. à 17 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. dans les vaisseaux du cou. T.A. 12/8. — R.P.

Obs. n° 1410. — Fe. 25 ans. Dyspnée et très légère C. depuis l'enfance. Pas d'Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. T.A. 13/9. Scopie, large saillie A.M. — R.P.

Obs. n° 103L. — Fe. 27 ans. Faiblesse et Dyspnée d'effort. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. à 2 ans. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 12/7. — R.P.

Obs. n° 2334L. — H. 7 ans. Dyspnée et C. légère depuis naissance, sans Hipp. Déformations thoraciques et dentaires. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. sans F. au 2° e.i.g. irr. vers la clavicule. T.A. 10/6. Scopie, légère saillie de A.M., Cœur globuleux, V.G. et V.D. augmentés. — R.P.

Obs. n° 2840L. — Fe. 15 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. dans l'enfance. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. T.A. 14/9. Scopie, C. aug. V.; grosse masse ventriculaire; saillie de l'A.M. légèrement convexe; ombre hilaire élargie mais nette. R.P.

Obs. n° 5002L. — Fe. 28 ans. Dyspnée et palpitations. Pas de C. ni Hipp.; P.D. de C. dans l'enfance. Au cœur S.S. et

H.S. au 2° e.i.g. T.A. 14/9. Scopie, C. aug. V.; grosse masse Ventriculaire; saillie de l'A.M. légèrement convexe; ombre hilaire élargie mais nette. — R.P.

Obs. n° 2450L. — Fe. 18 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers clavicule gauche. T.A. 11/6. Scopie, A.M. saillant. — R.P.

Obs. n° 5143L. — H. 19 ans. Dyspnée. C. et Hipp. léger depuis l'enfance. D.P. de C. à 11 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. T.A. 12/8. — R.P.

Obs. n° 5130L. — Fe. 33 ans. Dyspnée et palpitations. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers l'épaule gauche. T.A. 13/8. Scopie, V.G. normal; O.G. se détache de la colonne en transverse; A.M. saillant, allongé, animé de battements violents; Aorte normale. — R.P.

Obs. n° 4012L. — H. 16 ans. Dyspnée d'effort. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 10 ans. Au cœur, S.S. au 2° e.i.g. irr. vers la clavicule gauche; dédoublement du 2° bruit. T.A. 12/8. Scopie, V.G. arrondie et globuleux; O.G. touche la colonne. — R.P.

Obs. n° 3693L. — H. 26 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S.p.i. 2 e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 14/9. Scopie, Image sensiblement normale. — R.P.

Obs. N° 3656. — Fe. 25 ans. Dyspnée et palpitations depuis 5 mois. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. région medio sternale, irr. vers la clavicule gauche. T.A. 15/9. Scopie, Saillie de l'A.M.; cœur droit augmenté de volume. — R.P.

Obs. n° 3652L. — H. 23 ans. Dyspnée depuis enfance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. p.i. 3° e.i.g. irr. vers la base. T. 10/6. Scopie,

saillie de A.M. en marche d'escalier, Gros V.G. — R.P. et M.R. probable.

Obs. n° 4431L. — Fe. 12 ans. Aucun T.F. C. depuis l'enfance, pas d'Hipp. Déformation thoracique. P.D. de C. à 3 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 10/5. Scopie, C. aug. V.; stase veineuse; A.M. normal. — R.P. et M.R. probable.

Obs. n° 3480L. — Fe. 34 ans. Dyspnée d'effort. Pas de C. ni Hipp. Crise de R.A.A. à 26 ans. P.D. de C. à 25 ans. Au cœur, double S.S. et D. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. Aucun signe périphérique d'I.A. T.A. 10/7. Scopie, Saillie de A.M.; grosse stase veineuse. — R.P.

Obs. n° 5675L. — H. 17 ans. Dyspnée d'effort, sans C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. T.A. 13/7. Scopie, A.M. normal; hile gauche normal. C. aug. V. — R.P.

Obs. n° 5633L. — Fe. 21 ans. Dyspnée depuis l'enfance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers a.x. T.A. 12/8. — R.P.

Obs. n° 6373L. — Fe. 25 ans. Dyspnée, C. et Hipp. assez marqués. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers vaisseaux du cou. T.A. 13/8. Scopie, V.G. à peine globuleux; A.M. saillant s'exagérant en O.A.D.; espace rétro-cardiaque clair. — R.P.

Obs. n° 6643L. — Fe. 36 ans. Dyspnée et palpitations. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 3° e.i.g. T.A. 14/8. Scopie, C. aug. V., Bord droit légèrement saillant; A.M. et aorte et hiles normaux. — R.P.

Obs. n° 6499. — Fe. 10 ans. Dyspnée et C. depuis l'enfance. Pas d'Hipp. ni aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au

cœur, S.S. et F.S. au 3^e e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 9/5. — R.P.

Obs. n° 6417L. — Fe. 48 ans. Aucun T.F. C. depuis l'enfance avec Hipp. P.D. de C. à 20 ans. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 2^e e.i.g. irr. vers le cou. T.A. 19/12. Scopie, A.M. saillant en marche d'escalier. — R.P.

Obs. n° 7100L. — Fe. 23 ans. Dyspnée légère. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 3^e e.i.g. irr. vers vaisseaux du cou. T.A. 14/10. Scopie, Forte saillie A.M. s'exagérant en O.A.D.; Aorte normale; espace rétro-cardiaque clair. — R.P.

Obs. n° 7069L. — Fe. 28 ans. Dyspnée d'effort. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. au 2^e e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 14/8. — R.P.

Obs. n° 7695L. — H. 10 ans. Dyspnée avec C. depuis la naissance. Hipp. marqué. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. au 3^e e.i.g. et éclat du 2^e bruit. T.A. 8/5. Scopie, C.N.; A.M. normal. — R.P.

Obs. n° 8408L. — Fe. 23 ans. Légère dyspnée d'effort. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. pendant l'enfance. Au cœur, G.S.S. et F.S. à la base. T.A. 12/7. Scopie, C.N., forte saillie de A.M. — R.P.

Obs. n° 8923L. — Fe. 36 ans. Dyspnée et palpitations. C. légère, sans Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. et F.S. au 3^e e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 13/8. Scopie, C.N., forte saillie A.M. — R.P.

Obs. n° 8556L. — Fe. 6 ans. Dyspnée, épistaxis, M.E.G. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. à 2 ans. Au cœur, S.S. au 2^e e.i.g. irr. vers vaisseaux du cou. T.A. 11/7. Scopie, C. aug. V. — R.P.

Obs. n° 8539L. — H. 8 ans. Dyspnée et palpitations. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. à 3 mois. Au cœur, S.S. et F.S. au 3^e

e.i.g. irr. vers clavicule gauche. T.A. 12/6. Scopie, C. aug. V. et globuleux. — R.P.

Obs. n° 9415L. — Fe. 10 ans. Dyspnée, mauvais développement. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. à 4 ans. Au cœur, S.S. au 2° e.i.g. irr. vers vaisseaux du cou. T.A. 9/5. — R.P.

Obs. n° 9343L. — H. 22 ans. Aucun trouble fonctionnel. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. très localisé. T.A. 13/6. Scopie, Bord droit saillant; A.M. sensiblement normal. — R.P.

Obs. n° 9310L. — Fe. 36 ans. Dyspnée et palpitations depuis l'enfance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers la base. T.A. 12/7. — R.P.

Obs. n° 9100L. — H. 5 ans. Dyspnée d'effort. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. à 4 ans. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. Scopie, C. aug. V. et globuleux, bord gauche convexe, bord droit saillant. — R.P.

Obs. n° 10768L. — Fe. 45 ans. Algies précordiales. Pas de C. ni Hipp. R.A.A. à 28 ans. P.D. de C. à 20 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 14/9. Scopie, C. N.; A.P.G. énorme avec saillie de A.M. à son implantation. — R.P.

Obs. n° 10247L. — H. 16 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. au 2° e.i.g. rude, irr. vers la base. T.A. 13/9. Scopie, Grosse saillie de A.M. — R.P.

Obs. n° 10067L. — Fe. 26 ans. Dyspnée et œdèmes malléolaires depuis le début de sa grossesse (5 mois). Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. il y a 1 an. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers le haut. T.A. 16/8. — R.P.

Obs. n° 10743L. — Fe. 30 mois. Crises de dyspnée avec C.

depuis enfance. Pas de Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 2° e.i.g. — R.P.

Obs. n° 10554L. — H. 20 ans. Légère dyspnée. Pas de cyano-
nose ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. il y a 1 mois. Au
cœur, G.S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers le cou. T.A. 13/8.
Scopie, C.N.; saillie de l'A.M. — R.P.

Obs. n° 10553L. — Fe. 31 ans. Dyspnée et palpitations de-
puis 2ans. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C.
aujourd'hui. Au cœur, S. holo S. et F.S. région mésocar-
diaque. T.A. 13/7. Scopie, gros cœur; bord droit saillant;
grosse saillie A.M. — R. P.

Obs. n° 10351L. — Fe. 40 ans. Dyspnée, palpitations, lipo-
thymies, depuis 2 ans. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent.
P.D. de C. à 14 ans. Au cœur, petit S.S. au 2° e.i.g. suivi d'un
claquement. T.A. 14/8. Scopie, C. aug. V.; A.M. saillant et bat-
tant; branches A.P. très accusées. — R.P.

Obs. n° 10257L. — Fe. Dyspnée d'effort sans C. ni Hipp.
P.D. de C. il y a 1 mois. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr.
vers les vaisseaux du cou, 2° bruit accentué. T.A. 9/5. Scopie,
légère saillie partie supérieure de l'A.M. — R.P.

Obs. n° 10889L. — H. 6 ans. Aucun T.F. C. intense sans
Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. au 3° e.i.g. irr.
vers le haut. T.A. 9/5. Scopie, C.N. — R.P.

Obs. n° 11006L. — Fe. 23 ans. Dyspnée d'effort depuis en-
fance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à
1 an. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers les vaisseaux
du cou. T.A. 12/8. Scopie, C.N.; déformation de la partie
supérieure A.M., se déroulant à 2 travers de doigt au-dessus
d'un repère placé au maximum du souffle. — R.P.

Obs. n° 10962 bis L. — H. 15 ans. Aucun T.F. C. légère sans
Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur,
S.S. au 3° e.i.g. irr. vers a.x. et vers le haut. F.S. T.A. 11/7.
— R.P.

Obs. 10841L. — H. 16 ans. Dyspnée d'effort. Pas de C. ni Hipp. Chétif, sternum saillant, 7 et 8 côtes déprimées. Aucun antécédent. P.D. de C. à 8 ans. Au cœur, G.S.S. para-sternal gauche au-dessus a.x. irr. vers clavicule gauche. T.A. 12/7. Scopie, A.P.G. très marquée tendant à former saillie. — R.P.

Obs. n° 11060L. — H. 11 mois. Aucun T.F. C. marquée sans Hipp. P.D. de C. à 10 mois. Au cœur, S.S. et F.S. derrière le sternum, irr. vers la clavicule gauche. — R.P.

Obs. n° 11075L. — H. 31 ans. Dyspnée et palpitations. C. et Hipp. légers. Aucun antécédent. P.D. de C. à 26 ans. Au cœur, S.S. et F.D. au 3° e.i.g. irr. vers clavicule gauche. T.A. 13/8. Scopie, C. aug. V.; A.M. saillant; bord droit saillant; arborisations pulmonaires. — R.P.

Obs. n° 9914L. — Fe. 7 ans. Dyspnée d'effort et palpitations. Cyanose légère sans Hipp. P.D. de C. à 14 mois. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers épaule gauche. T.A. 10/6. Scopie, Gros cœur triangulaire. — R.P.

Obs. n° 9711L. — H. 15 ans. Dyspnée d'effort. C. et Hipp. Malformations multiples. Aucun antécédent. P.D. de C. à 11 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers clavicule gauche. T.A. 11/6. Scopie, A.M. un peu saillant. — R.P.

Obs. n° 8131L. — H. 6 mois. Convulsions et C. intense. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. et F.S. aux 2° et 3° e.i.g. irr. partout. — R.P.

Obs. n° 6747L. — Fe. 20 ans. Dyspnée d'effort. C. et Hipp. léger. Chétive. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers clavicule gauche. T.A. 12/8. — R.P.

Obs. n° 5502L. — H. 16 ans. Dyspnée et cyanose légère depuis l'enfance. Hipp. léger. P.D. de C. à 2 mois. Au cœur, S.S. et S.F. au 3° e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 14/8. — R.P.

Obs. n° 3508L. — 18 mois. Dyspnée et cyanose. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. partout. — R.P.

Obs. n° 10637L. — H. 27 ans. Dyspnée, epistaxis. C. depuis l'enfance. Pas d'Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 19 ans. Au cœur, S. holo S. au 3° e.i.g. irr. partout; F. léger. T.A. 15/9. Scopie, C.N.; bord gauche convexe. — R.P.

Obs. n° 827L. — H. 36 ans. Dyspnée avec C. depuis enfance; Hipp. P.D. de C. à 6 mois. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers clavicule gauche. T.A. 11/8. Scopie, C.N.; Ombre hilaire accusée sans battements; A.M. normal. — R.P.

Obs. n° 5501L. — H. 26 ans. Dyspnée avec C. depuis enfance et Hipp. P.D. de C. à 6 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 13/9. — R.P.

Obs. n° 2392L. — H. 5 ans. Dyspnée avec C. depuis naissance. Hipp. Thorax en carène. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. irr. vers la clavicule et le dos. Scopie, A.M. saillant et battant en O.A.D. — R.P.

Obs. n° 3410L. — Fe. 2 ans. Dyspnée avec C. légère depuis la naissance. Pas de Hipp. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. Scopie, bord gauche très convexe, cœur couché. — R.P. et M.R. probable.

Obs. n° 1808L. — H. 13 ans. Syncopes, dyspnée et C. sans Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S. holo S. et F.S. irr. vers la base. T.A. 14/8. — R.P.

Obs. n° 520 L. — Fe. 27 ans. Dyspnée et C. légère depuis l'enfance, avec Hipp. P.D. de C. à 3 ans. Au cœur, S.S. et F.S. mésocardiaque. T.A. 14/10. Scopie, cœur en sabot, V.D. hypertrophié. — R. P.

Obs. n° 2497L. — Fe. 9 ans. Dyspnée et C. depuis la naissance sans Hipp. Thorax en carène. P.D. de C. à 3 ans. Au

cœur, S.S. au 3^e e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 11/6.
— R.P. et M.R. probable.

¹ Obs. n° . — Fe. 17 mois. Convulsions avec C. intense. Pas d'Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 2^e e.i.g. irr. partout. — R.P.

Obs. n° 5222L. — H. 17 ans. Dyspnée et palpitations dès l'enfance, avec C. et Hipp. Aucun antécédent. Enfoncement du sternum. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S. holo. S. avec G.F.S. au 2^e e.i.g. irr. vers la base du cou et le dos. T.A. 13/8. — R.P.

Obs. n° 984. — H. 2 ans. Dyspnée avec C. dès les premiers pas. Hipp. léger. P.D. de C. à 18 mois. Au cœur, S.S. et F.S. au 2^e e.i.g. Revue le 3 mars 1936. 8 ans, C. accentuée à type érythroïque de la face et des mains; ongles bombés et cyanotiques. Mêmes auscultations. B.E.G. — R.P. et Cyanose.

Obs. n° 687. — Fe. 2 ans. Dyspnée et C. par crises après les cris. Pas de Hipp. P.D. de C. à 1 an. Au cœur, S.S. et F.S. p.i. 3^e e.i.g. Scopie, Cœur globuleux sans aucune déformation. Revue le 3 mars 1936. 4 ans, C. des mains et joues. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 2^e e.i.g. — R.P.

Obs. n° 7655L. — Fe. 11 ans. Dyspnée d'effort depuis l'enfance sans C. ni Hipp. P.D. de C. à 4 ans. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 3^e e.i.g. irr. vers la base. T.A. 9/6. Revue le 3 mars 36. G.S.S. sans irr. dans les vaisseaux du cou. Scopie, C. aug. V. dans sa portion Ventriculaire; A.M. saillant; Hiles normaux. — R.P.

Obs. n° 9760L. — H. 7 ans. Crises syncopales avec C. intense. Pas de Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 2^e e.i.g. T.A. 11/6. Revue le 31 mars 36. 10 ans, C. légère; G.S.S. et F.S. Scopie, C. aug. V.; A.M. allongé un peu saillant; Hiles normaux. — R.P.

Obs. n° . — Fe. 23 ans. Dyspnée et C. légère datant

de l'enfance, sans Hipp. ni aucun antécédent. P.D. de C. à 3 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 4^e e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 12/6. Revue le 31 mars 36. Aucun T.F.; développement insuffisant; G.S.S. et F.S. au 3^e e.i.g. Scopie, C. volume N.; A.M. normal; crosse P.G. expansive et élargie; crosse P.D. battante. — R.P. et Cyanose.

2. — GROUPE DES MALADIES DE ROGER

Nous avons rangé sous celle appellation les cas caractérisés par un gros souffle systolique, dont le maximum siège à la partie interne du troisième espace intercostal gauche, parfois plus bas, irradiant surtout transversalement, entendu parfois dans le dos ; un frémissement systolique de même siège et propagation ; absence de cyanose, et en général sans troubles fonctionnels. L'examen radiologique montre des images normales ou presque normales.

Depuis les constatations nécropsiques récentes, nous avons classé parmi les Maladies de Roger, certains cas compliqués d'insuffisance aortique au cours desquels la cyanose a pu faire son apparition.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 1263. — Fe. 7 ans. Aucun T.F. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. il y a 1 mois. Au cœur, G.S.S. et F.S. léger au 3° e.i.g. irr. transversalement. T.A. 10/7. — M.R.

Obs. n° 1111. — H. 11 ans. Dyspnée légère. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, C.S. holo S. et F.S. au-dessus a.x. irr. vers le foie et aisselle gauche. T.A. 13/8. Scopie, C.N. — M.R.

Obs. n° 959. — H. 9 ans. Développement insuffisant. Syphilis héréditaire. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. il y a 6 mois. Au cœur, G.S.S. méso-cardiaque. T.A. 10/7. Scopie, gros cœur, A.M. un peu aug. de volume, A.P. normale. — M.R. et R.P. probable.

Obs. n° 762. — H. 11 ans. Dyspnée sans C. ni Hipp. P.D. de C. à 4 ans. Au cœur, S.S. à propagation en écharpe. T.A. 11/7. Scopie, C. aug. V.; A.M. un peu long et battant. — M.R. et R.I.A. probable.

Obs. n° 1487L. — H. 20 ans. Dyspnée légère. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S. méso-cardiaque à propagation transversale. T.A. 15/10. — M.R.

Obs. n° 1553L. — Fe. 25 ans. Vertiges. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 16 ans. Au cœur, S. holo S. au-dessus a.x. irr. transversalement. T.A. 14/7. Scopie, C.N. — M.R.

Obs. n° 109L. — H. 26 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 10 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 3 e.i.g. irr. vers le foie .T.T. 14/8. — M.R.

Obs. n° 2400L. — H. 14 ans. Fatigue, légère dyspnée. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 12 ans. Au cœur, S. holo S. à la base a.x. Scopie, V.G. petite et convexe. T.A. 13/8. — M. R.

Obs. n° 4667L. — H. 31 ans. Dyspnée légère. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S. holo S. et F.S. base a.x. irr. transversalement. T.A. 15/9. Scopie, Cœur presque normal. — M. R.

Obs. 6387L. — H. 26 ans. Aucun T.F. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. en écharpe. T.A. 14/9. Scopie, Cœur globuleux, pédicule normal. — M. R.

Obs. n° 9917L. — Fe. 11 ans. Dyspnée sans C. ni Hipp. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 3° e.i.g. T.A. 11/6. Scopie, C.N. — M.R.

Obs. n° 9950L. — Fe. 5 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp.

P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S. holo S. et F.S. p.i. 3° e.i.g. irr. partout. Scopie, V.G. aug. V. M.R.

Obs. n° 10852L. — Fe. 19 ans. Légère dyspnée. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S. holo S. et F.S. au 3° e.i.g. T.A. 13/7. Scopie, C.N.; A.M. normal. — M. R.

Obs. n° 499L. — Fe. 27 ans. Tendances syncopales; mauvais état général. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. au 3° e.i.g. irr. transversalement. T.T. 12/7. — M.R.

Obs. n° 6436L. — H. 16 ans. Vertiges et dyspnée légère. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. dans l'enfance. Au cœur, S.S. et F.S. au 4° e.i.g. et derrière le sternum; claquement au 2° bruit. T.A. 13/6. — M.R.

Obs. n° 10890L. — H. 23 ans. Aucun T.F. C. très légère sans Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 20 ans. Au cœur, S.S. très intense et sans F. au 2° et 3° e.i.g. irr. transversalement. T.A. 14/7. Scopie, Cœur globuleux, bord du V.G. convexe; bord droit saillant; point D. élevé. — M.R. et R.P. probable.

Obs. n° 1129. — Fe. 21 ans. Légère dyspnée d'effort et alg.es précordiales. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 3 ans. Au cœur, G.S.S. région préventriculaire sans F.; T.A. 13/8. Scopie, Image thoracique normale. Revue le 3 mars 36. 22 ans. G.S.S. sans F. à la base a.x. — M.R.

Obs. n° 999. — Fe. 22 mois. Troubles de la nutrition et du développement. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. à 15 mois. Au cœur, G.S.S. et F.S. à l'angle sterno-claviculaire. Scopie, saille de A.M. Revue le 3 mars 36. 7 ans. B.E.G.; pas de C. ni Hipp.; G.S.S. et F. au 3° e.i.g. — M.R. et R.P. probable.

Obs. n° 707. — Fe. 2 ans. Dyspnée d'effort sans C. ni Hipp. P.D. de C. à 6 mois. Au cœur, S.S. à la p.i. du 3° e.i.g.

avec F.S. Revue le 3 mars 36. 10 ans. B.E.G.; ni C. ni Hipp.; Choc en dome; G.S.S. et F.S. au 3° e.i.g. — M.R. et R.P. probable.

Obs. n° 898. — Fe. 11 ans. Développement insuffisant, epistaxis, dyspnée. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 4 ans. Au cœur, G.S.S. et F.S. à la p.i. du 3° e.i.g. T.A. 10/6. Scopie, Gros cœur; saillie du pédicule et de A.M. Revue le 3 mars 36. 13 ans. M.E.G.; pas de C. ni Hipp.; G.S.S. et F.S. au 3° et 4° e.i.g. M.R.

Obs. n° 113. — H. 10 ans. Dyspnée légère sans C. ni Hipp. P.D. de C. à 7 ans. Au cœur, S. holo S. et F.S. à la p.i. du 3° e.i.g. irr. vers le foie et transversalement. T.A. 12/8. Scopie, C. aug. V. Revu le 3 mars 36. 12 ans. G.S.S. et F.S. à gauche de la base a.x. — M.R. et R.P. probable.

Obs. n° 3605L. — H. 32 ans. Asthénie profonde et dyspnée. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 20 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 3° e.i.g. irr. vers la base. T.A. 15/11. Revue le 31 mars 36. 40 ans. G.S. holo S. et F.S. au 3° e.i.g. Scopie; C. aug.V.; A. M. saillant; A.P. un peu large; pédicule battant. — M.R.

Obs. n° 10809L. — Fe. 2 ans. Développement insuffisant avec C. et dyspnée. Pas d'Hipp. P.D. de C. à 20 mois. Au cœur, S. holo S. à la partie moyenne du sternum. Scopie, C.N.; A.M. non saillant. Revue le 31 mars 36. 3 ans. B.E.G.; pas de C. ni Hipp. G.S.S. au 4° e.i.g. — M.R. et R.P. probable.

Obs. n° 6143L. — Fe. 9 ans. Dyspnée légère sans C. ni Hipp. Au cœur, S. holo S. au-dessus de l'a.x. à propagation transversale. P.D. de C. à 9 mois. Scopie, A.M. saillant. T.A. 11/6. Revue le 31 mars 36. 15 ans. B.E.G.; ni C. ni Hipp.; S. holo S. sans F. au 4° e.i.g. M. R.

Obs. n° 8489L. — H. 27 ans. Dyspnée et palpitations sans C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 20 ans. Au cœur,

S.S. sans F. au 4° e.i.g. irr. transversalement. T.A. 14/9. Scopie, C. aug. V. et globuleux; saillie de la partie inférieure A.M.; cœur et aorte normaux. Revue le 31 mars 36. 31 ans. B.E.G.; G.S.S. au 4° e.i.g. Scopie, A.M. normal; A.P. un peu élargies. — M.R.

Obs. n° 8355L. — H. 25 ans. Hémoptysies, fatigue. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 5° e.i.g. T.A. 14/10. Revu le 31 mars 36. 20 ans. G.S.S. et F.S. au 4° e.i.g. Scopie, C.N. — M.R.

Obs. n° 10756L. — H. 26 ans. Dyspnée dès l'enfance sans C. ni Hipp. Chétif et maigre. Aucun antécédent. P.D. de C. à 20 ans. Au cœur, G.S.S. au 3° e.i.g. irr. transversalement. T.A. 13/7. Revue le 31 mars 36. 27 ans. B.E.G.; G.S.S. et F.S. léger au 3° e.i.g. irr. dans le dos et le cou. Scopie, C.N.; A.P.G. augmentée; A.M. normal. — M.R.

Obs. n° 9984L. — Fe. 28 ans. Faiblesse et dyspnée. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 15 mois. Au cœur, S.S. et F.S. au 2° e.i.g. Pouls ample et défaillant. T.A. 14/5. Revue le 31 mars 36. 31 ans. G. roulement S. avec F. intense; choc apexion ample. Pouls bondissant. T.A. 14/5. Double souffle crural. — M. R. et I.A. probable.

Obs. 9890. — Fe. 18 ans. Palpitations et épistaxis, tendances syncopales. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 10 ans. Au cœur, G.S.S. et F.S. rétro-sternal à propagation transversale. T.A. 11/6. Revue le 31 mars 36. 21 ans. G.S.S. et F.S. au 3° e.i.g. et rétro-sternal. Scopie, Image normale. — M.R.

Obs. n° X. — Mme F..., 65 ans. Entre dans le service en état d'asystolie. P.D. de C. à 20 ans. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 3° e.i.g. Légère C. T.A. 14/10. Autopsie du 21 novembre 36 : pertuis de 1 cm. sur 1,5 cm. faisant communiquer le V.G. avec le V.D. — M.R.

3. — GROUPE DES PERSISTANCES DU CANAL ARTERIEL

Dans ce groupe nous rangeons les cas caractérisés par un souffle continu à renforcement systolique, ayant son maximum au niveau du deuxième espace intercostal gauche, et irradiant dans les vaisseaux du cou et dans le dos, avec les variantes suivantes :

Très gros souffle diastolique prolongé, avec frémissement diastolique.

A l'écran, par des modifications de l'arc moyen et des ombres hilaires.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 1159. — Fe. 12 ans. Dyspnée d'effort. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.C.R.S. et F.S. au 2 e.i.g. T.A. 11/5. Scopie, A.M. légèrement saillant; A.P.N.; C.N. — P.C.A.

Obs. n° 346. — H. 3 ans. Aucun T.F. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. à 2 ans. Au cœur G.S.C.R.S. et F.S. au 2 e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 11/6. — P.C.A.

Obs. n° 388L. — Fe. 22 ans. Epistaxis. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2° e.i.g. irr. vers la base. T.A. 11/5. — P.C.A.

Obs. n° 1522L. — Fe. 34 ans. Aucun T.F. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 32 ans. Au cœur S.C.R.S. au 2 e.i.g. T.A. 14/8. Scopie, A.M. tendu, saillant, en marche d'escalier. — P.C.A.

Obs. n° 1783L. — Fe. 29 ans. Dyspnée depuis la naissance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. au 2° e.i.g. T.A. 13/8. Scopie, V.G. légèrement aug. V. — P.C.A.

Obs. n° 1838L. — Fe. 25 ans. Dyspnée, palpitations, épistaxis. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. dans l'enfance. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2 et 3 e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 12/8. Sopie, Très légère saillie A.M., Ventricules normaux. — P.C.A.

Obs. n° 2407L. — H. 32 ans. Algies précordiales et dyspnée légère. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. dans l'enfance. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2 e.i.g. irr. vers le cou. T.A. 16/9. — P.C.A.

Obs. n° 3868L. — Fe. 24 ans. Dyspnée depuis l'enfance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F. continu au 2 e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 13/9. Scopie, C. aug. V.; A.M. allongé; gros V.G. — P.C.A.

Obs. n° 5692L. — H. 31 ans. Dyspnée et épistaxis. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. au 3 e.i.g. irr. vers la clavicule gauche. T.A. 12/7. Scopie, A.M. saillant, allongé; O.G. normale. — P.C.A.

Obs. n° 7090L. — Fe. 41 ans. Dyspnée légère. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. dans l'enfance. Au cœur, G.S.C.R.S. au 2 e.i.g. T.A. 12/6. Scopie, V.G. aug. V.; légère saillie de l'A.M. en O.A.D. — P.C.A.

Obs. n° 7539L. — Fe. 25 ans. Dyspnée et palpitations. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, G.S.C.R.S. et F.D. au 3 e.i.g. sans irr.; T.A. 13/6. — P.C.A.

Obs. n° 8585L. — Fe. 5 ans. Légère dyspnée. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S.p.i. 3 e.i.g.

irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 10/6. Scopie. Forte saillie A.M.; stase veineuse; V.G. saillant. — P.C.A.

Obs. n° 9763L. — Fe. 46 ans. Palpitations, dyspnée. Aucun antécédent. P.D. de C. à 42 ans. Pas de C. ni Hipp. Au cœur, S. systolo-diastolique au 2 e.i.g. T.A. 18/10. Scopie, C. aug. V.; A.M. normal; aorte et pédicule normaux. — P.C.A.

Obs. n° 10782L. — Fe. 3 ans. Aucun trouble fonctionnel. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. à 2 ans. Au cœur, S. systolo-diastolique au 2 et 3 e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou et F.S. sous-claviculaire gauche. — P.C.A.

Obs. n° 10147L. — Fe. 34 ans. Migraines. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 16 ans. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2^e e.i.g. T.A. 15/9. — P.C.A.

Obs. n° 9949L. — H. 7 ans. Dyspnée et très légère C. Pas de Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 3^e e.i.g. T.A. 10/6. — P.C.A.

Obs. n° 10085L. — Fe. 8 ans. Aucun T.F. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2 e.i.g. T.A. 11/7. Scopie. Gros cœur; A.M. saillant. — P.C.A.

Obs. n° 7495L. — Fe. 24 ans. Fatigue, dyspnée. C. dans l'enfance. Pas d'Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 7 ans. Au cœur, S.C.R.S. au 2 e.i.g. T.A. 12/7. Scopie, Gros cœur; A.M. allongé et saillant; pas de stase veineuse. — P.C.A.

Obs. n° 2666L. — Fe. 6 ans. Dyspnée, épistaxis, développement insuffisant. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. il y a 1 mois. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2 e.i.g. irr. vers le dos. T.A. 10/6. Scopie, Grosse O.G. et V.G.; A.M. très allong. — P.C.A.

Obs. n° 1061L. — H. 4 ans. Légère dyspnée. Aucun antécédent. C. légère sans Hipp. P.D. de C. à 3 ans. Au cœur, S. systolo-diastolique sans F. au 2 e.i.g. irr. vers la clavicule gauche et transversalement. T.A. 10/6. Scopie, Cœur

globuleux; V.D. collé contre la paroi antérieure. — P.C.A. et M.R. probable.

Obs. n° 2021L. — H. 22 ans. Dyspnée et palpitations dès l'enfance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. léger au 1 et 2 e.i.g. irr. vers la clavicule et aisselles gauches. T.A. 16/10. Scopie, V.G. aug. V.; battements aortiques. — P.C.A.

Obs. n° 250. — Fe. 4 ans. Dyspnée d'effort sans C. ni Hipp. Parents syphilitiques. P.D. de C. il y a 1 mois. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2 e.i.g. Scopie, C. aug. V.; A.M. normal; A.P. normales. Revue le 3 mars 36; 14 ans; B.E.G.; S.C.R.S. et F.S. au 3 e.i.g. — P.C.A.

Obs. n° 902. — Fe. 5 ans. Dyspnée et palpitations avec C. dès la naissance, développement insuffisant. Pas d'Hipp. P.D. de C. à 1 an. Au cœur, G.S.C.R.S. et F.S. Scopie, C. aug. V. au dépens du bord gauche; A.M. normal. Revu le 3 mars 36; 7 ans; chétif; ni C. ni Hipp.; choc en dôme; G.S.C.R.S. roulant et éclatant. — P.C.A.

Obs. n° 718. — H. 8 ans. Dyspnée d'effort légère, sans C. ni Hipp. P.D. de C. à 9 mois. Au cœur, G.S.C.R.S. et F.S. au 1 et 2 e.i.g. T.A. 12/7. Scopie, A.M. saillant; A.P. larges; grosse stase ventriculaire. Revu le 3 mars 36; 10 ans; même auscultation avec bruit de galop à la pointe. — P.C.A.

Obs. n° 993L. — Fe. 5 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. sans F. T.A. 9/5. Revu le 17 mars 36; 15 ans; assez bien développée et bien réglée; S.S. sans F. au 3 e.i.g.; 2 bruit un peu claqué. Scopie, légère saillie A.M. — P.C.A.

Obs. n° 4204L. — Fe. 10 ans. Dyspnée et crises de C. depuis l'enfance. Pas d'Hipp. P.D. de C. à 2 ans. Au cœur, S.C.R.S. et F.S. au 2 e.i.g. irr. vers les vaisseaux du cou. T.A. 11/7. Scopie, saillie de A.M. en marche d'escalier en O.A.D. Revu le 17 mars 36; 18 ans; pas de C. ni Hipp.;

B.E.G.; G.S.C.R.S. et F. léger sous-claviculaire gauche. — P. C.A.

Obs. n° . — Fe. 31ans. Dyspnée avec C. assez marquée depuis 5 ans. Pas de C. pendant l'enfance. Pas d'Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 26 ans. Au cœur, G.S.D. et F.D. au 2 e.i.g. T.A. 13/9. Revu le 31 mars 36; 31 ans; S.D. et F.D. et claquement en dehors du sternum et sous-claviculaire. Scopie, Gros cœur; A.P. grosses et visibles. — P.C.A.

4. — GROUPE DES RETRECISSEMENTS DE L'ISTHME AORTIQUE

Ces cas sont caractérisés par un souffle systolique sous claviculaire, ou plus bas situé, vers le deuxième espace intercostal gauche, se propageant en arrière, surtout au niveau de la fosse sus-épineuse gauche, mais aussi par des signes valvulaires traduisant une lésion de l'orifice aortique malformé en même temps. Mais c'est surtout par l'association de l'absence ou de la forte diminution des oscillations aux membres inférieurs, et de la danse artérielle au niveau de l'étage supérieur du tronc. C'est ce contraste entre la circulation des membres supérieurs et inférieurs qui représente le fait le plus constant et le plus caractéristique.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 730L. — H. 13 ans. Dyspnée d'effort, gêne fonctionnelle du bras gauche. Aucun antécédent, aucune malformation. P.D. de C. aujourd'hui. Pas de C. ni Hipp. Au cœur, G.S.S. rapeux, sans F., au 3 e.i.d. irr. vers vaisseaux du cou. Grosse expansion artérielle sus-claviculaire. Diminution marquée des oscillations aux membres inférieurs. — R.I.A.

Obs. n° X. — Fe. 24 ans. Entre dans le service avec fièvre depuis plusieurs semaines. P.D. de C. à 5 ans. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 2 e.i.d. irr. vers la clavicule et le dos. Petit S.D.; 2 bruit claqué. Danse artérielle au niveau du cou et des membres inférieurs. T.A. 19/8 aux bras; 0 aux cuisses. Décédé chez elle d'endocardite streptococcique. — R.I.A.

Obs. n° X. — H. 19 ans. Entre dans le service en juin 1932. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.D. et S.S. au 2 e.i.d. irr. dans les vaisseaux du cou qui sont le siège de battements. F.S. au même niveau. S. proto S. intense et bref en bas et en dehors de la pointe. Choc en dôme; Galop. Fémorales à peine battantes présentant un très gros contraste avec les vaisseaux du cou et membres supérieurs. Décédé chez lui. — R.I.A.

Obs. n° X. — 8 ans. P.D. de C. il y a 18 mois. Au cœur, S.S. sus-épineux; très gros cœur; tachycardie. Abolition des pulsations fémorales. Etat général très atteint depuis l'été dernier. A l'électrocardiogramme, grosse prédominance droite. Décédé chez lui. — R.I.A.

Obs. n° 1455L. — H. 39 ans. Vertiges avec chute, mais sans perte de connaissance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 29 ans par M. le Dr. Laubry. Au cœur, Double S. de la base; S.S. de la pointe avec F.; T.A. 19/9. R.I.A.

Obs. n° X. — L'autopsie faite dans le service montre un Rétrécissement de l'Isthme Aortique. Ce cas a déjà été publié par M. le Dr. Laubry.

Obs. n° X. — L'autopsie faite dans le service montre un Rétrécissement de l'Isthme très serré et une dilatation post-stricturale. Cas déjà publié.

5. — GROUPE DES RETRECISSEMENTS AORTIQUES ORIFICIELS

Dans ce groupe nous rangeons les cas caractérisés par un souffle systolique à maximum au niveau du deuxième ou troisième espace intercostal droit, avec tension artérielle réduite, et gros ventricule gauche à l'écran. Mais nous ferons remarquer que ces caractères sont surtout théoriques.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 416L. — Fe. 29 ans. Dyspnée d'effort. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Ni C. ni Hipp. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 2 e.i.d. irr. vers les vaisseaux du cou et le dos. Pouls radial gauche légèrement plus faible que le droit. Scôpie, C.N.; petite aorte animée de battements. T.A. 16/9. — R.A.

Obs. n° 9610L. — Fe. 13 ans. Dyspnée d'effort. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 12 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au-dessus de la fourchette sternale; 2 bruit claqué. T.A. 13/8. Scôpie, C.N. — R.A.

Obs. n° 10864L. — Fe. 29 ans. Dyspnée, crises lipothy-miques depuis l'enfance. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. rude au 1 e.i.d. irr. partout et dans le dos. T.A. 13/7. R.A.

Obs. n° 3109L. — H. 23 ans. Dyspnée et palpitations. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. Au cœur, S.S. rapeux au 2 e.i.d. irr. vers les vaisseaux du cou; 2 bruit claqué. T.A. 15/9. Pouls radiaux égaux. — R.A.

Obs. n° X. — Mme L... Soignée pour une soi-disante aorto-myocardite syphilitique. L'autopsie faite dans le service montre un Rétrécissement Aortique Congénital.

6. - GROUPE DES CYANOSES CARACTERISEES

Dans ce groupe nous rangeons les cas où la cyanose, par sa constance, son intensité et sa prédominance, le fait qu'elle s'accompagne d'hippocratisme en général, se différencie de celle qui peut accompagner certaines affections cardiaques congénitales. Nous les avons classés en deux groupes différents :

A. — Cyanose avec souffle.

B. — Cyanose sans souffle ni aucun signe physique.

DENOMBREMENT DES CAS

A. - *Cyanose avec Souffle.*

Obs. n° 8358L. — H. 25 ans. Dyspnée et palpitations légères. C. depuis la naissance, avec Hipp. marqué. Aucun antécédent. P.D. de C. dans l'enfance. Au cœur, S.S. et F.S. de la région meso-cardiaque. T.A. 15/11. Scopie, Cœur un peu gros.

Obs. n° 1296. — Fe. 5 mois. Dyspnée avec C. très intense et Hipp. léger dès la naissance. Aucune déformation. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, petit S.S. sans F. dans la région parasternale gauche. Revue 2 mois après, présente les mêmes symptômes avec hyponutrition marquée.

Obs. n° 719. — H. 9 ans. Aucun T.F. Cyanose marquée avec Hipp. dès la naissance, ne disparaissant jamais et s'exagérant à l'effort. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, léger S.S. sans F. dans la région parasternale gauche. T.A. 10/6. Scopie, C.N.

Obs. n° 7426L. — Fe. 6 mois. C. dès la naissance, continue avec paroxismes après les cris. Hipp. léger. Aucun antécédent. Pas de déformations. Au cœur, S.S. et F.S. très léger au 4 e.i.g.

Obs. n° 725. — H. 5 ans. Dyspnée et C. dès la naissance, s'exagérant après les efforts. Hipp. léger. P.D. de C. à 6 mois. Au cœur, S.S. sans F. à la base, sans grande propagation: dédoublement espacé du 2 bruit. T.A. 12/6.

Obs. n° 10875L. — Fe. 11 mois. Dyspnée avec C. intense. Hipp. très marqué. Aucune déformation. Au cœur, petit S.S. sans F. irr. transversalement.

B. - Cyanose sans Souffle.

Obs. n° 10701L. — Fe. 16 ans. Dyspnée avec C. intense dès la naissance, continue avec paroxismes après l'effort. P.D. de C. à 18 mois. Pas de S. ni F.; T.A. 12/8. Scopie, très légère saillie A.M.

Obs. n° 7388L. — Fe. 3 ans. Dyspnée avec C. intense dès la naissance. Hipp. marqué. P.D. de C. à 10 mois. Au cœur. tachycardie, pas de S. ni F.

7. — GROUPE DES SITUS INVERSUS

Sous cette appellation nous classifions les cas où il existe une inversion congénitale du cœur, accompagnée d'inversion viscérale totale ou bien seulement thoracique. Cette anomalie peut exister à l'état isolé ou bien s'accompagner d'une autre lésion cardiaque congénitale ou acquise.

Cette affection se traduit cliniquement par la perception de la pulsation apexienne sous le mamelon droit, et du foyer maximum des bruits cardiaques à droite du sternum. L'examen radioscopique révèle une anomalie de l'ombre cardiaque indiscutable.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 1246. — Fe. 46 ans. Dyspnée d'effort, fatigue générale, douleurs sourdes de l'hémithorax droit. P.D. de C. à 18 ans. Aucun antécédent. Pas de R.A.A. Au cœur, la pointe bat dans le 5 e.i.d.; pas de S. ni F.; T.A. 23/13. Scopie, Destrocardie, C.N.

Obs. n° 1060. — H. 14 ans. Fatigue générale, peu de T.F. P.D. de C. à 10 ans. Aucun antécédent. Au cœur, pointe bat dans le 4 e.i.d.; G.S.S. et F.S. au 4 e.i.d. irr. légèrement transversalement. Scopie, cœur en situation inverse, disposition en miroir.

Obs. n° 8812L. — H. 31 ans. Dyspnée d'effort avec palpitations depuis 10 ans. Fatigue générale. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, la pointe bat dans le 5 e.i.d.; S.S. au 2 e.i.d.; dédoublement du 2 bruit et roulement diastolique. T.A. 15/9. Scopie, Cœur median en miroir. Le foie déborde légèrement le rebord costal gauche, est en situation inversée.

8. — GROUPE DES MALFORMATIONS VALVULAIRES

Nous rangeons sous cette dénomination les cas d'anomalies de nombre, de taille ou de disposition des valvules, soit à l'aorte, soit à la mitrale. Pour que le diagnostic clinique de ces malformations puisse être porté, il faudrait que le souffle diastolique par lequel elles se traduisent parfois, soit trouvé dans la première année de la vie, ce qui est exceptionnel. Le plus souvent, elles ne se traduisent cliniquement par aucun signe propre et sont en général sinon une trouvaille d'autopsie, du moins leur nature véritable ne peut être établie que par l'examen *post mortem*.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° X. — H. 36 ans. Entre dans le service en état de grande insuffisance cardiaque. Aucun antécédent. Pas de R.A.A. P.D. de C. à l'âge de 12 ans. Au cœur, S. holo S. avec F.S. très net, irr. loin dans l'aisselle et le dos; petit S.D. à la pointe. On porte le diagnostic de maladie mitrale rhumatismale. L'autopsie, on constate une malformation des cavités gauches avec implantation vicieuse de la mitrale qui n'assurait ainsi aucune fermeture. Ce cas a été publié dans « Paris-Médical », 25-416-1935. Malformation mitrale.

Obs. n° X. — H. 20 ans. Entre dans le service avec forte hyperthermie. Le diagnostic porté pendant la vie est celui de Rhumatisme cardiaque évolutif. Au cœur, S.S. de la pointe. Aucun antécédent. L'autopsie montre une mitrale presque

atrophiée; 2 valvules à l'aorte; un rétrécissement de l'isthme aortique et une communication inter-ventriculaire.

Obs. n° X. — H. 40 ans. Entre dans le service en état d'arythmie complète avec fièvre. Au cœur, S.S. de la pointe; S.D. au 3 e.i.g. L'examen oscillométrique montre une diminution des oscillations aux membres inférieurs. L'autopsie montre 2 valvules à l'aorte; un rétrécissement moyen de l'isthme aortique.

9. — GROUPE DES MALFORMATIONS ASSOCIEES

C'est une notion courante que les affections cardiaques congénitales sont très fréquemment complexes. Ainsi nous avons cru intéressant de grouper ensemble un certain nombre de cas où le diagnostic de malformation associée a pu être porté, par la clinique et l'examen radiologique. Les cas les plus intéressants que nous rapportons sont ceux où l'autopsie a été pratiquée.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 7685L. — H. 20 ans. Dyspnée avec C. après l'effort. Pas d'Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. pendant l'enfance. Au cœur, S.S. et F.S. à la p.i. du 3 e.i.g. irr. transversalement. T.A. 13/7. — M.R. et R.P.

Obs. n° 4404L. — Fe. 21 ans. Dyspnée d'effort et crises de C. Pas d'Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. énorme avec F.S. au 3 e.i.g. irr. vers le foie et l'épaule gauche. T.A. 13/8. Scopie, V.G. aug. V.; pas de stase veineuse. — M.R. et R.P.

Obs. n° 10952L. — Fe. 28 ans. Dyspnée d'effort avec C. et Hipp. léger. Aucun antécédent. P.D. de C. à 27 ans. Au cœur, S.S. et F.S. à la région meso-cardiaque. T.A. 13/7. Scopie, A.M. semble normal; cœur couché et légèrement aug. V. — R.P. et M.R.

Obs. n° 262. — H. 16 ans. Mauvais état général, scoliose et déformation thoracique de naissance. C. depuis l'âge de 8 ans, sans Hipp. P.D. de C. à 3 ans. Au cœur, S.S. et F.S. au 3 e.i.g. irr. vers la base du cou. T.A. 11/8. Revu le

3 mars 36, 18 ans; B.E.G.; pas de C. ni Hipp.; S.S. et F.S. au 3 e.i.g. — M.R. et R.P.

Obs. n° X. — Observation avec autopsie sur un cas de Maladie de Roger avec Insuffisance Aortique publié par M. le Dr. Laubry dans « Revue de Médecine », 50-439-1933.

Obs. n° X. — Observation avec autopsie d'un cas de Maladie de Roger avec Rétrécissement Pulmonaire.

Obs. n° 244L. — Fe. 28 ans. Dyspnée depuis la naissance. Palpitations. C. légère sans Hipp. Aucun antécédent. Cyphoscoliose de naissance. M.E.G. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. et F.S.p.i. 3 e.i.g. irr. transversalement. T.A. 13/8. — M.R. et R.P.

Obs. n° 205L. — H. 2 ans. Crises dyspnéiques avec C. et sans Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. sans F. meso-cardiaque, irr. transversalement. Scopie, Cœur globuleux; cavités droites aug. V.; pointe relevée. — M. R. et R.P.

Obs. n° 226L. — Fe. 2 ans. Aucun trouble fonctionnel. C. assez marquée, sans Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au-dessus de la base a.x. irr. partout. Scopie, C.N.; V.G. aug. V. — M.R. et R.P.

Obs. n° 1720L. — H. 26 mois. Dyspnée avec C. légère. Pas d'Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, G.S.S. partie moyenne du sternum irr. transversalement. Scopie, Cœur transversal; pas d'A.M.; V.G. et V.D. dilatés; pointe détachée du diaphragme. — M.R. et R.P.

Obs. n° 1578L. — H. 16 ans. Dyspnée et C. légère. Voûte palatine ogivale; mauvais état général. Pas d'Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 3 e.i.g. irr. transversalement. T.A. 11/7. Scopie, V.G. aug. V.; A.M. saillant. — M.R. et R.P.

Obs. n° 1897L. — H. 5 ans. Dyspnée avec C. à l'effort. Pas d'Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S. holo S.

et F.S. partie moyenne du sternum, irr. transversalement. Scopie, diamètre transversal augmenté. T.A. 10/6. — M.R. et R.P.

Obs. n° 108. — H. 20 ans. Fatigue générale avec C. légère. Hipp. léger. Aucun antécédent. P.D. de C. à 10 mois. Au cœur, S. holo S. et F.S. au 3 e.i.g. irr. transversalement. T.A. 12/8. — M.R. et R.P.

Obs. n° 9771L. — H. 20 ans. Dyspnée d'effort avec C. légère. Pas d'Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 6 mois. Au cœur, G.S.S. au 5 e.i.g. irr. en éventail et dans le dos. T.A. 11/6. — M.R. et R.P.

Obs. n° 10984. — Fe. 4 mois. Mauvais état général. C. légère sans Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. au 3 e.i.g. irr. transversalement et vers la clavicule gauche. — M.R. et R.P.

Obs. n° 10975L. — H. 6 ans. Dyspnée d'effort avec C. légère. Pas d'Hipp. P.D. de C. à 3 ans. Au cœur, G.S.S. et F.S. au 3 e.i.g. irr. transversalement. Scopie, peu de modifications de l'ombre cardiaque. — M.R. et R.P.

Obs. n° 10848L. — Re. 11 ans. Dyspnée d'effort avec C. et Hipp. Syncopes fréquentes. P.D. de C. aujourd'hui. Aucun antécédent. Au cœur, S.S. très rude et F.S. au 3 e.i.g. irr. transversalement et dans le dos. T.A. 12/7. Scopie, C. aug. V. et globuleux, bord gauche convexe; bord droit saillant. — M.R. et R.P.

Obs. n° 9527L. — Fe. 8 ans. Mauvais état général. Dyspnée avec C. légère. Pas d'Hipp. P.D. de C. à la naissance. Au cœur, S.S. et F.S. au 2 e.i.g. irr. vers la clavicule gauche et transversalement. T.A. 11/6. — R.P. et M.R.

10. — GROUPE DES CAS A DIAGNOSTIC DOUTEUX

Nous rappellerons au lecteur que comme il a été dit au début de ce travail, ces cas n'ont pas été pris en considération pour l'établissement de cette statistique. La seule raison pour laquelle nous donnons ces cas est de rappeler au lecteur combien il est difficile et parfois impossible de porter un diagnostic d'affection congénitale.

DENOMBREMENT DES CAS

Obs. n° 1127. — 4 ans. Aucun T.F. Aucun antécédent. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. mesocardiaques, sans frémissement. T.A. 13/7. Scopie, C. aug. V.; bord droit saillant à la base; pointe convexe. Le 3 mars 1936, B.E.G.; S.S. de la pointe; 2 bruit claqué; extra systoles — M.R. ?

Obs. n° 601. — Fe. 2 ans. Aucun T.F. Pas de C. ni Hipp. Aucun antécédent. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S.p.i. 3 e.i.g. irr. peu. T.A. 15/9. — R.P. ?

Obs. n° 6872L. — Fe. 20 ans. Enceinte (5 mois), dyspnée depuis sa jeunesse. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. vers 10 ans. Au cœur, S.S. rude au 2 e.i.g. très localisé, 2 bruit claqué. T.A. 12/6. Le 31 mars 36. Pas de Souffle. — R.P. ?

Obs. n° 7753L. — H. 4 ans. Aucun T.F. Ni C. ni Hipp. Bon état général. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. léger, au 1 et 2 e.i.g. irr. vers épaule gauche et le dos. T.A. 10/6. Scopie, Cœur globuleux. — P.C.A.

Obs. n° 3415L. — H. 6 ans. Dyspnée d'effort et accès de pâleur. Ni C. ni Hipp. P.D. de C. à 2 ans. Aucune déformation. Au cœur, S.S. de la région moyenne du sternum, irr. partout et vers les vaisseaux du cou. T.A. 11/6. Oscillations; bras, 3,5 à 9; jambe, 1,5 à 9. Scopie, V.G. et V.D. légèrement aug. V. Le 31 mars 36, 14 ans, G.S.S. sans foyer maximum irr. dans vaisseaux du cou; dans le dos. Pas de double Souffle crural. S.D. assez limité para-sternal gauche. — R.A. ?

Obs. n° 1091L. — Fe. 4 ans. Dyspnée et C. depuis 2 mois. Pas de Hipp. Aucun antécédent ni déformation. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.C.R.S. sous la clavicule gauche. T.A. 10/5. Scopie, C. aug. V. à droite et gauche de la ligne médiane. Pédicule saillant et battant; A.P. normale. Le 31 mars 36, 14ans, S.C.R.S. dans aisselle droite, sans F. C. légère, ongles bombés et cyanotiques. Scopie, C. aug. V.; région A.M. concave; Aorte descendante visible et battante; A.P.D. un peu élargie. — P.C.A. ?

Obs. n° 2112L. — H. 9 ans. Aucun T.F.; Ni C. ni Hipp. P.D. de C. à 9 ans. Au cœur, G.S.S. au 2 e.i.d. irr. vers la base du cou. T.A. 13/7. Scopie, V.G. un peu aug. V. Le 3 mars 36, S.S. avec S.D. au 2 e.i.d. irr. le long du sternum. Pas de signes apexions. — R.A. ?

Obs. n° 53L. — Fe. 47 ans. Dyspnée d'effort. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, bruit fouetté qui se continue par S. filé. T.A. 14/8. Scopie, A.M. très aug.; O.G. un peu aug.; Infundibulum pulmonaire aug. — R.P. ?

Obs. n° 181L. — Fe. 32 ans. Malaises vagues. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S. et F.S. a.x. irr. le long des côtes. T.A. 14/6. — M.R. ?

Obs. n° 328L. — Fe. 33 ans. Aucun T.F. R.A.A. à 20 ans. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au cœur, S.S.

et F.S. base du sternum à irr. transversale. T.A. 15/9. Scopie, C.N. — M.R. ?

Obs. n° 2836L. — Fe. 41 ans. Dyspnée et palpitations. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 25 ans. Au cœur, S.S. région précordiale, T.A. 19/9. Scopie, Dilatation infundibulum pulmonaire ; saillie limitée A.M.; C.N. — R.P. ?

Obs. n° 4757L. — Fe. 17 ans. Palpitations. Ni C. ni Hipp. Aucun antécédent. P.D. de C. à 8 ans. Au cœur, G.S.S. au 2 e.i.g. irr. peu. T.A. 13/9. Scopie, Cœur arrondi; Ventricules aug. V.; légère saillie A.M. — R.P. ou I.M. ?

Obs. n° 5088L. — Fe. 46 ans. Palpitations, dyspnée légère. Aucun antécédent. Pas de C. ni Hipp. P.D. de C. aujourd'hui. Au Cœur, S.S.p.i. 3° e.i.g. irr. peu. T.A. 15/9. — R.P. ?

TABLEAU DES POURCENTAGES

Nous avons dépouillé un total de 6.783 observations, et sur ce nombre nous avons trouvé 174 cas de cardiopathies congénitales, qui se répartissent de la façon suivante :

1. Rétrécissements Pulmonaires ...	73 cas
2. Maladies de Roger	30 —
3. Persistances du Canal Artériel...	27 —
4. Rétrécissements de l'Isthme Aortique	7 —
5. Rétrécissements Aortiques Orificiels	5 —
6. Cyanoses Caractérisées	8 —
7. Situs Inversus	3 —
8. Malformations Valvulaires	3 —
9. Malformations Associées	18 —

Pourcentage total : 2,56 %.

Pourcentage de chaque groupe pour le total des cas de cardiopathies congénitales :

Rétrécissement Pulmonaire	41,9
Maladie de Roger	17,2
Persistence du Canal Artériel.....	15,5
Rétrécissement de l'Isthme Aortique..	4
Rétrécissement Aortique Orificiel....	2,87
Cyanoses Caractérisées	4,6
Situs Inversus	1,7
Malformations Valvulaires	1,7
Malformations Associées	10,3

COMMENTAIRES

Le diagnostic clinique d'affection cardiaque congénitale repose avant tout sur deux notions principales qui sont : 1° la notion de son existence depuis la naissance, ou les premiers mois de la vie; 2° la symptomatologie fonctionnelle, stéthoscopique et radiologique.

C'est donc la notion de congénitalité qu'il faut tout d'abord établir. On y arrive par l'interrogatoire minutieux du sujet, en lui faisant préciser l'âge auquel le premier diagnostic de cardiopathie a été porté et dans quelles occasions il a été de nouveau amené à consulter pour cette affection. On possède ainsi des points de repère s'échelonnant depuis la naissance jusqu'au jour où l'on voit le malade pour la première fois.

La cyanose, quand elle existe, est de toute première importance pour l'établissement de cette notion de congénitalité. Etant un symptôme de constatation facile il frappe l'entourage du malade et l'amène très souvent à consulter le cardiologue.

Cette première notion une fois établie, c'est l'examen physique qui précisera si la lésion existe et quelle est sa nature. Cet examen permet de mettre en évi-

dence un souffle qui par sa localisation, la place qu'il occupe dans la révolution cardiaque, son intensité et son irradiation, permet de soupçonner l'affection en cause. Le frémissement qui parfois traduit à la palpation l'existence du souffle a aussi une certaine importance. Mais il ne faut pas oublier que ces caractères physiques n'ont qu'une valeur assez restreinte, et il serait trop risqué de vouloir baser un diagnostic sur eux seuls.

Le problème posé de cette façon, nous pourrions diviser les affections congénitales en deux groupes, à savoir celles où le diagnostic anatomique paraît aisé à porter, et celles où ce diagnostic est malaisé, pour ne pas dire impossible.

Parmi les cas à diagnostic relativement facile, nous donnerons les affections suivantes :

Maladie de Roger : l'absence de tout symptôme fonctionnel et le siège du souffle avec irradiations en éventail sont assez caractéristiques. Malheureusement, l'absence de cyanose qu'on observe dans cette affection nous empêche souvent d'établir la notion de congénitalité si importante pourtant.

Le Rétrécissement Pulmonaire: les symptômes fonctionnels de constatation presque constante, le souffle au deuxième espace intercostal gauche avec ses irradiations vers la clavicule gauche, et le symptôme cyanose existant depuis la naissance, font de cette affection une des plus fréquemment diagnostiquées.

La Persistance du Canal Artériel présente un souffle ayant des caractères presque caractéristiques, à savoir : souffle continu à renforcement systolique irradiant vers les vaisseaux du cou et dans le dos.

Le Rétrécissement de l'Isthme Aortique présente cette particularité d'abolir ou de diminuer très fortement les oscillations artérielles dans les territoires situés au-dessous du rétrécissement, c'est-à-dire, aux membres inférieurs.

Dans le groupe des affections à diagnostic malaisé ou parfois impossible se trouvent les transpositions des vaisseaux de la base; les malformations valvulaires et les associations lésionnelles multiples. Ces diagnostics sont dans la majorité des cas impossibles à faire cliniquement, et ce n'est que l'examen *post mortem* qui montre la ou les lésions, soit passées inaperçues pendant la vie, soit à peine soupçonnées ou analysées. Parmi ces cas nous aurons à dire un mot des Cyanoses Caractérisées dont nous avons fait un groupe à part. Elles comprennent tout un ensemble de cas relevant de malformations diverses qu'il est impossible de reconnaître analytiquement par la simple clinique.

Donc, d'après ces notions rapidement énoncées, il découle ce fait d'une importance particulière, à savoir qu'on ne doit jamais faire un diagnostic anatomique ferme de cardiopathie congénitale sur la simple sémiologie physique et fonctionnelle sous peine d'erreurs, souvent importantes. Quant à la seule semiolo-

gie physique, elle fournit certainement les principales indications, mais elle ne saurait à elle seule affirmer la congénitalité de l'affection. C'est ainsi que des mitralites ont été prises pour des Maladies de Roger et inversement ; des Communications Vasculaires ont été prises pour des Persistances du Canal Artériel.

Mais là où l'erreur a été le plus fréquemment commise, c'est dans les Rétrécissements Aortiques. Dans cette affection, la constatation d'un souffle avec frémissement systolique au deuxième espace intercostal droit n'implique pas obligatoirement la notion d'une sténose de l'orifice aortique, et à plus forte raison ne peut faire intervenir le facteur de congénitalité. D'ailleurs, si on se rapporte aux statistiques nécropsiques, le Rétrécissement Aortique se présente comme la plus rare des affections congénitales (à l'état isolé, toutefois).

Tous les auteurs accordent au Rétrécissement Pulmonaire la première place dans les statistiques et certains donnent même des chiffres de 60 %. Mais il s'en faut de beaucoup que cette malformation, comme d'ailleurs toutes les autres anomalies congénitales, existe toujours à l'état isolé, la plupart du temps elle n'est qu'une partie d'un ensemble de lésions complexes. Il est probable que certains cas diagnostiqués Rétrécissements Pulmonaires (où le frémissement est absent, où le souffle est doux, avec un arc moyen faisant saillie) ne ressortissent pas d'un rétrécissement au sens lésionel, mais bien plutôt de différences de

calibre du tronc artériel, des remous sonores se formant dans les parties larges.

Nous avons groupé ensemble, sous le titre de Malformations Associées, un certain nombre d'observations dans lesquelles le diagnostic a pu être porté d'après les données cliniques. Il tient une des premières places dans notre statistique, ce qui se comprend si l'on accepte la théorie de l'arrêt de développement émise et défendue par les auteurs français. Si le pourcentage que nous avons trouvé semble un peu faible, c'est dû au fait que ces malformations associées ne se révèlent complètement qu'à l'autopsie et nous n'en possédons qu'un petit nombre. Ces associations sont si complexes et si variables qu'elles défient toute description d'ensemble.

Nous avons eu dernièrement l'occasion de revoir un certain nombre de nos malades, soit quelques mois après leur première consultation, soit plusieurs années après. Chez la plupart d'entre eux, nous avons constaté les mêmes signes que lors de leur première visite et nous avons conservé le même diagnostic; mais dans un petit nombre de cas, les signes auscultatoires et radiologiques ont complètement disparu, rien ne permettait donc de maintenir le diagnostic de cardiopathie congénitale.

Quoi qu'en pensent les auteurs étrangers, la communication inter-auriculaire ne peut être diagnostiquée cliniquement, soit, et c'est le cas le plus fréquent, parce qu'elle ne donne lieu à aucun souffle,

soit que si le souffle existe, aucun caractère précis ne permet de le rattacher à cette affection. Nous avons trouvé cette malformation au cours des autopsies, mais dans ces cas le diagnostic n'avait pas été porté pendant la vie.

Nous avons eu plusieurs cas d'arythmies qui auraient pu être considérés comme congénitales, mais nous ne les avons pas retenues, dans l'impossibilité de les rapprocher avec certitude à une origine teratologique : dissociations auriculo-ventriculaires complètes et surtout arythmies d'origine auriculaire du type trouble de la conductibilité intra-auriculaire.

CONCLUSIONS

Nous avons dépouillé 6.783 observations et, dans ce nombre, nous avons trouvé 174 cas de cardiopathies congénitales. La proportion est donc de 2,56 %.

L'affection de beaucoup la plus fréquemment constatée est le Rétrécissement Pulmonaire, qui à lui seul représente 41,9 % des cas de malformations congénitales.

La Maladie de Roger, et la Persistance du Canal Artériel, viennent ensuite avec des chiffres de 17,2 et 15,5 % respectivement.

Le groupe des Affections Associées ne prend qu'une place assez restreinte dans cette statistique : 10,3 %, du fait que ce diagnostic est très difficile à porter, d'après des simples constatations cliniques.

Sous le titre de Cyanoses Caractérisées, nous avons groupé des cas relevant de malformations diverses, qu'il est impossible de reconnaître analytiquement par la seule clinique; leur proportion est de 4,6 %.

Le Rétrécissement de l'Isthme Aortique est relativement assez rare, 4 %; mais peut-être le nombre ira en augmentant au fur et à mesure qu'on s'attachera davantage à rechercher systématiquement les diffé-

rences oscillométriques, entre la circulation des membres supérieurs et celle des membres inférieurs.

Le Rétrécissement Aortique Orificiel est une affection rare dont nous trouvons une proportion de 2,87 % Cette malformation est très difficile à diagnostiquer du fait qu'elle ne possède aucun signe propre .

Les quelques cas de Malformations Valvulaires que nous rapportons, 1,7 %, ont tous été reconnus à l'autopsie, car ces affections ne se traduisent cliniquement par aucun signe propre, permettant de les diagnostiquer.

Enfin, les cas de Situs Inversus ne représentent que 1,7 du total des cas de malformations congénitales.

Ces diagnostics de cardiopathies congénitales ont été portés dans une consultation externe, d'après la symptomatologie fonctionnelle, l'examen physique et radiologique. Notre statistique est donc basée sur des interprétations d'ordre clinique et non pas sur des diagnostics portés d'après la reconstruction autopsique.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

DEBRÉ

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

